

ДОСВІД СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ХВОРИМИ З ПЕРСИСТУЮЧОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ І ТРІПОТІННЯМ ПЕРЕДСЕРДЬ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ КАТЕТЕРНОЇ РАДІОЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ

Лаба В. В.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Катетерна радіочастотна абляція (КРА) в клінічній практиці використовується з початку 90-х років ХХ ст. і розглядається сьогодні як альтернативний медикаментозній терапії метод лікування пароксизмальних тахіаритмій. Ефективність КРА в лікуванні ритмічних надшлуночкових тахікардій досягає 95 %, а ідіопатичних шлуночкових тахікардій – 90–95 %. З використанням в клінічній електрофізіології рентгенанатомічного картування ефективність КРА при пароксизмальних формах фібриляції передсердь (ФП) досягає 80 %.

Метою дослідження було вивчення віддаленої ефективності КРА у хворих з персистуючою ФП і тріпотінням передсердь (ТП), що перебували на власній курації протягом останніх 5-ти років.

Матеріали та методи. Проаналізовано 5 випадків захворювання пацієнтів, що перебували під спостереженням на базі обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення протягом 2009–2013 рр. Всім хворим проводилось в комплексі діагностично-лікувальних заходів електрокардіографічне, лабораторно-біохімічне і ехокардіографічне (ЕхоКГ) обстеження.

Результати дослідження і їх обговорення. КРА ФП на сьогодні є складною і не вирішеною до кінця проблемою клінічної електрофізіології. Методики (лінійні абляції лівого і правого передсердя, сегментарна абляція легеневих вен) інтенсивно розвиваються і результати цього лікування постійно покращуються, досягаючи ефективності 80–90 % на тлі приймання антиаритмічних засобів.

Процедури КРА трудомісткі і потребують спеціального обладнання (системи нефлюороскопічного картування). КРА ТП має кращі результати ніж при ФП. Так, ліквідація ТП і створення блокади каво-трикуспідального перешийку є ефективними в 93–94 %, а при холодовій абляції при ТП – в 98 %.

Серед спостережуваних пацієнтів всі 5 були чоловічої статі (100 %). За віком на період проведення КРА – від 40–49р. було 2 (40 %), 50–59р. – також 2 і 60–69р. – 1 (20 %). Органічним субстратом у всіх хворих був кардіосклероз дифузний атеросклеротичного генезу. У 4 пацієнтів (80 %) була ФП, у 1 (20 %) ТП. Супутня артеріальна гіпертензія (АГ) реєструвалась у 2 (40 %), цукровий діабет – у 1 (20 %), перенесений інфаркт міокарда (ІМ) – у 1 (20 %). Всі пацієнти не мали шкідливих звичок. До проведення КРА тривалість аритмічного анамнезу складала від 3 до 5 років. У пацієнтів з ТП тривалість постійного перебігу аритмії складала $\approx 1,5$ року. У групі хворих з ФП епізоди порушення ритму тривали від декількох годин до 1–2 тижнів. Розміри лівого передсердя пацієнтів з ФП складала від 4,4 до 5,7 см, а у випадку ТП – 6,2 см. Всім хворим в момент проведення КРА здійснювалась через стравохідна ЕхоКГ при якій не виявлено тромбів в порожнинах і вушках обох передсердь. Протягом періоду спостереження у пацієнтів з ТП рецидивів цієї аритмії не реєструвалось. У групі з ФП навіть на тлі антиаритмічної терапії (аміодарон, пропафенон, етацизин) мали місце різної частоти короткотривалі епізоди рецидивів аритмії, особливо, у 1 пацієнта з супутнім цукровим діабетом і перенесеним ІМ. Виходу на інвалідність серед вивчаємих не було. Всі хворі з метою профілактики тромботичних ускладнень приймали ацетилсаліцилову кислоту. Нагальної потреби в постійному прийманні непрямих антикоагулянтів немає, крім ймовірно останнього випадку. Всі хворі в комплексі лікувальних заходів приймають β -блокатори, антиаритміки, інгібітори АПФ (сартани) і статини.

Висновки. 1. Віддалені результати КРА при ТП відмінні, при ФП – задовільні, що проявляється в короткочасних рецидивах аритмій, що не потребують госпіталізації. 2. Базова комплексна терапія після КРА обов'язкова для всіх хворих з даними аритміями і перш за все антитромботична.